



FICHE SANITAIRE 2026/2027

ACTIONS ADOS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADOLESCENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Nom et prénom du responsable légal :

.....

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Numéros de téléphone pour vous joindre en cas d'urgence (obligatoire) :

Domicile : Travail : Portable :

Personne à contacter en cas d'absence :

.....

Tel :

Fait à : le.....

SIGNATURE

Précédée de la mention « lu et approuvé(e) »

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc.....)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
<u>OU</u> DT poli			
<u>OU</u> Tétra coq			
BCG			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Rhumatismes		
Coqueluche			Angines		
Rougeole			Otites		
Oreillons			Asthme		

ALLERGIES :

Médicamenteuse : OUI ☐ NON ☐

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

SIGNATURE :